REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :

France . . . . 10f par an.
Étranger . . . . 12 »

BUREAUX :

Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

Ce numéro contient 32 pages.

2e Année. N° 11. 1er Juin 1881

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx.

Par le Dr Guinier, de Cauterets, agrégé libre.

La connaissance des *kystes du larynx* est une des plus récentes conquêtes de la laryngologie.

Dans son travail sur cette espèce de polypes laryngiens, le docteur Moure (1) ne signale comme kystes extra-laryngés que les kystes de l'épiglotte.

Dans les soixante-huit cas qu'il a groupés, à la suite de recherches laborieuses, il y en a 38 intra-laryngiens occupant : 33 fois les cordes vocales, 5 fois les ventricules de Morgagni ; et 25 extra-laryngiens, occupant : 23 fois l'épiglotte et 2 fois seulement les aryténoïdes. Enfin, chez 5 malades, le siège n'a pas été spécifié.

Aucun de ces faits ne se rapporte à un *kyste sous-glotti-*

(1) *Revue mensuelle de laryngologie*... etc., Bordeaux. Novem. 1880.

que; ce qui permet de conclure que ces sortes de lésions sont rares, ou du moins qu'elles n'ont pas été observées, pouvant être restées inaperçues.

L'observation suivante est donc intéressante par son caractère exceptionnel et les circonstances cliniques qui l'ont accompagnée.

C'est le seul cas de ce genre que j'ai rencontré depuis 1860, époque du premier usage que j'ai fait du laryngoscope.

Kyste sous glottique mobile avec aphonie intermittente. Guérison spontanée.

M[lle] X..., 30 ans, Vendéenne, tempérament lymphatique-nerveux. Nervosisme très prononcé. — Fièvres éruptives dans la première enfance. — Pas d'hérédité spéciale.

Angines catarrhales fréquentes ; amygdalite chronique avec suppuration d'une lacune de l'amygdale gauche, pour laquelle Ch. Fauvel (de Paris) donna une consultation écrite le 19 août 1869.

1869. — Cette consultation porte le diagnostic suivant :

« Amygdalite chronique avec sécrétion abondante de l'amygdale gauche et suppuration intermittente de cette glande.

» Pharyngite herpétique, et un peu de rougeur de l'entrée du larynx. Rien an cœur ni aux poumons.

» Constitution lymphatique, herpétique, et névropathie ; a été chloro-anémique. »

1870. — Au mois de février 1870, il survient pour la première fois une *extinction de voix*. Celle-ci *débute brusquement* pendant le cours d'un rhume. La parole est comme *soufflée* ; l'aphonie est entière, sans variation, sans enrouement ; la malade ne peut rendre aucuu son vocal.

La persistance de cette aphonie fut la cause déterminante d'un voyage aux Pyrénées, d'ailleurs prescrit par la consultation de Ch. Fauvel,

Première arrivée à Cauterets le 14 juin 1870.

L'examen laryngoscopique avec la lumière solaire réfléchie, très difficile à cause du nervosisme et de l'impressionnabilité, constate l'existence d'un larynx étroit, petit comme un larynx d'enfant, sans lésion apparente. La muqueuse est pâle, décolorée, anémique, non granuleuse ; les cordes vocales petites sont ternes, d'un blanc laiteux, comme recouvertes de matière sébacée ; elles ne peuvent se mettre au contact, et,

pendant les efforts de voix, qui restent impuissants à produire aucun son, elles laissent entre elles une ouverture ellipsoïde. Pendant leur plus grande dilatation, la vue pénètre dans le tube trachéal qui ne présente rien d'anormal.

Le pharynx est granuleux, comme dans l'angine glanduleuse, avec abondance de sécrétion muqueuse.

Le voile et la luette sont sains.

Il n'y a ni gêne, ni sensibilité anormale dans le larynx, ni pendant la respiration ou la déglutition, ni pendant la toux.

Traitement thermal : Boisson de *Raillère* et de *Mauhourat.* Gargarismes de *Raillère.*

Bains de *Raillère*, plus tard, bains de natation dans le grand bassin des *Œufs* suivis de grandes douches écossaises avec l'eau des *œufs*. Pédiluves à eau couranto à 45° c.

Cautérisations intra-laryngiennes avec une solution faible de nitrate d'argent au trentième.

Départ de Cauterets le 10 juillet.

La cure thermale de 1870 resta sans influence sur la voix ; la nutrition et la santé générale furent améliorées.

De juillet 1870 à juillet 1871, chloro-anémie, hystéricie, dartres farineux, maux de reins, irrégularités digestives et menstruelles.

1871. — Le 11 juillet 1871, deuxième cure thermale à Cauterets.

A peu près même état que l'été précédent.

L'aphonie est la même ; le laryngoscope ne constate rien de nouveau.

La toux, la dyspnée, la gêne de déglutition font défaut. Mlle X... éprouve seulement un embarras dans la gorge qui provoque le hem. Mlle X... hemme de temps en temps, sans fréquence, surtout quand elle veut essayer de se faire entendre.

L'aphonie est le seul phénomène laryngien digne d'être noté.

L'état général parait notablement meilleur.

Lombalgies pénibles ; froid constant aux extrémités pelviennes.

Traitement thermal. — Boisson de *Raillère* et de *Mauhourat.* Gargarismes de *Raillère.*

Bains de *Raillère.* — Douches chaudes sur les membres pelviens. Pédiluves à eau courante à 45° c.

Applications topiques intra-laryngiennes variées : poudre d'alun, solutions caustiques de nitrate d'argent progressivement concentrées jusqu'à 1 sur 3.

Le 23 juillet, énergique cautérisation intra-glottique, opérée dans mon cabinet ; la malade est fortement impressionnée.

Aussitôt rentrée chez elle, à quelques pas distance, Mlle X... est prise d'une violente crise de nerfs, et, au milieu de ces spasmes multipliés, *la voix revient subitememt*, claire, sonore, avec son timbre normal. A l'issue de la crise, la voix se maintient, et *les règles arrivent*, devançant de quelques jours l'époque régulière; les reins étaient particulièrement douloureux depuis quelques jours.

25 juillet. — Deux jours après, la voix disparaît de nouveau sans cause appréciable.

1er août. — Rien à noter jusqu'au départ, le 1er août.

1872. — Pendant l'hiver de 1871-1872, on observe plusieurs laryngites légères. L'aphonie ne s est pas maintenue comme l'année précédente, après le retour de Cauterets; elle a été intermittente; elle a existé du 24 octobre au 24 novembre (un mois), du 25 décembre au 18 février 1872 (près de deux mois); du 11 avril au 16 juin (un peu plus de deux mois.)

Pendant les périodes d'aphonie, la toux, le rire restent sonores et naturels; la voix est aussi *normale pendant le sommeil*. Mlle X..., *parle en rêvant*, et, si on la réveille à ce moment, elle reste aphone.

Aucune douleur dans le cou; ni toux, ni spasme; simple hem provoqué, comme dans l'angine glanduleuse, par la sensation d'une gêne dans le larynx.

1872. Juillet. — Troisième saison thermale à Cauterets.

Pour la première fois, Mlle X... appelle mon attention sur un phénomène singulier. Quand elle penche la tête en avant, quand elle se baisse pour ramasser un petit objet, *sa voix disparaît brusquement au milieu de la phrase commencée;* et, après s'être redressée, il faut un moment de repos ou une légère secousse de toux volontaire pour ramener la voix.

« C'est comme une soupape qui s'ouvre ou se ferme dans le cou. »

5 juillet. — L'examen laryngoscopique minutieux, à la lumière solaire, me permet de constater la présence d'une petite tumeur d'aspect vésiculaire ou kystique, sous-jacente à la glotte, paraissant sortir de dessous l'angle antérieur de la fente glottique. Ce polypc, très nettement pédiculé, en forme de battant de cloche, bilobé comme un scrotum, à surface lisse, unie, luisante, grisâtre, un peu nacrée, du volume d'un petit noyau de cerise, très mobile, vient se placer dans la fente glottique et s'y trouve retenu par les ligaments vocaux agissant à la manière d'une pince, toutes les fois que la malade hemme d'une certaine manière ou qu'elle incline seulement la tête en bas, mouvement qui, en effet, la rendent subi-

tement aphone. La petite tumeur reste alors entre les ligaments vocaux, comme saisie dans leur angle antérieur, assez longtemps pour me permettre l'examen laryngoscopique.

Je l'ai vue plusieurs fois disparaître, pendant cet examen, et se cacher sous la saillie de l'angle d'intersection des ligaments vocaux, d'où un simple hem parvenait quelquefois à la faire jaillir de nouveau.

Ces exercices n'ont jamais provoqué de spasme glottique. Le seul phénomène subjectif est l'aphonie intermittente.

Traitement thermal le même.

1874, 1er août. — Quatrième et dernière cure thermale à Cauterets.

De 1872 à 1874, l'état de Mlle X... est resté le même. Je le résume d'après les notes qu'a bien voulu me fournir M. le docteur Fillon, médecin ordinaire :

» La voix revenait et disparaissait subitement pendant des périodes plus ou moins longues.

« Les altérations de la voix paraissaient indépendantes des causes banales, telles que fatigue de parole, froid, humidité. Jamais de toux, ni quinte, ni dyspnée, ni spasme de suffocation.

» Santé générale signalée par du nervosisme. des névralgies, de la débilité, de l'anémie, de la dyspepsie.

» L'aphonie, toujours intermittente et sans cause appréciable dans ses manifestations comme dans sa durée, était cependant mécaniquement provoquée par l'abaissement du tronc ou du cou, et la voix se trouvait toujours momentanément suspendue par cette circonstance. Une certaine manière de hemmer provoque le même accident de l'aphonie momentanée.

Les examens laryngoscopiques exécutés dans le courant de la quatrième cure thermale de Mlle X... (août 1874) montraient le kyste habituellement sous-jacent à la fente glottiqne, mais venant parfois s'interposer entre les ligaments vocaux dont il empêche le contact.

22 août. — Dès le milieu du mois, ses dimensions semblent diminuer.

2 septembre. — A l'examen du 2 septembre, *il a complètement disparu*, et il n'a plus été observé depuis.

La disparition du kyste s'est faite à l'insu de la malade, peut-être pendant son sommeil. Elle s'en est aperçue à l'intégrité permanente de sa voix, malgré toutes ses positions du tronc et de la tête.

1881, avril. — Depuis septembre 1874, la voix n'a jamais été altérée ; elle est aujourd'hui normale.

La santé générale n'est pas mauvaise ; mais elle n'a pas beaucoup changé.

Il est survenu une hydrathrose d'un genou qui a été améliorée par une cure à Bourbonne.

La première opinion émise au début par le docteur Fillon avait été : *aphonie nerveuse*; *névrose des nerfs laryngés*. Il me la rappelle en ajoutant finement :

» Opinion qu'en raison de la marche de l'affection et de son intermittence, la vue du polype, fort petit du reste, et constaté seulement à une époque, n'a peut être pas entièrement détruite. »

Voilà donc un exemple d'une *tumeur sous-glottique, d'apparence kystique,* née au cours d'une maladie qui a pu en masquer la première apparition, et dont la présence serait passée inaperçue sans l'examen laryngoscopique. Et que de cas du même genre ont ainsi pu échapper à l'investigation des médecins, avant et même depuis l'emploi du laryngoscope! Comment soupçonner une tumeur éphémère, née et disparue sans accidents révélateurs? La bizarrerie des phénomènes d'aphonie, observés dans notre cas particulier, pouvaient être rapportée au nervosisme de la malade.

La pathogénie de cette tumeur me paraît obscure et difficile à indiquer. Ni gonflement, ni corps étranger, pour rendre compte de l'occlusion du canal excréteur du cul-de-sac glandulaire. si l'on admet, avec Moure, l'origine glanduleuse de ces kystes. Tout au plus, le cas actuel pourrait rentrer dans l'explication de Zawerthal, de Rome, sur l'origine lymphatique de ces polypes :

» Chez les individus dont le système lymphathique, vaisseaux et ganglions, est développé d'une façon anormale, l'exagération des fonctions du larynx déterminerait d'un côté une sécrétion exagérée des follicules et des glandes, et, de l'autre, un rétrécissement du canal ou de l'orifice sécréteur, d'où formation consécutive de tumeurs kystiques. »

Le tempérament lymphatique de Mlle X... l'état catarrhal ancien et permanent de ses organes vocaux, les altérations de sa voix, originellement hystériformes, militent en faveur de l'opinion du médecin italien.

Quoi qu'il en soit, le kyste n'existait pas au moment de l'énergique cautérisation du 23 juillet 1871, à la suite de

laquelle l'aphonie, datant du mois de février 1880 et qui s'était ainsi maintenue sans interruption *pendant plus de seize mois,* disparut pendant deux jours.

La symptomatologie mérite surtout de nous arrêter.

La toux, la douleur, la gêne de la respiration et de la déglutition font absolument défaut dans notre cas particulier.

L'altération de la voix offre des particularités intéressantes. Notre malade a présenté deux sortes d'aphonies bien distinctes :

La première, liée à l'innervation du larynx, était de nature névrosique. Celle-ci a débuté en février 1870, elle a présenté des intermittences inexplicables, comme tous les accidents de nature nerveuse; elle n'existait que dans les mouvements *volontaires* de la glotte; elle disparaissait dans les mouvements involontaires ou automatiques du rire, de la toux, et de la voix *parlée dans le rêve*, pendant le sommeil. Cette aphonie était incontestablement de nature nerveuse hystériforme.

La seconde, liée à la présence du kyste et à cette circonstance spéciale qu'il était pédiculé et très mobile, était de nature mécanique. Toutes les fois que par une certaine manière de hemmer ou seulement par le fait de la position du cou, la petite tumeur venait, en se redressant ou s'élevant de bas en haut, s'interposer entre les ligaments vocaux ou cordes vocales inférieures, elle s'opposait à leur rapprochement; elle empêchait leur contact nécessaire pour la phonation, et la voix disparaissait subitement au milieu de la phrase commencée. Mais cette aphonie n'était qu'accidentelle et momentanée et elle cessait avec la cause qui l'avait faite naître. Elle était donc entièrement distincte de la première, et c'est là le véritable intérêt de l'observation.

La sensation de soupape éprouvée par la malade n'a pu être perçue par l'auscultation, qui n'a jamais rien découvert d'anormal dans la poitrine ni dans le larynx.

L'examen laryngoscopique, seul, a pu expliquer les phénomènes singuliers observés.

Il s'agissait bien d'une petite tumeur kystique gênant par sa présence intermittente dans la fente glottique, la formation du son vocal.

Mais, ici, je me trouve en contradiction avec la description de M. Moure. D'après lui, les productions kystiques du larynx sont *toujours sessiles* sur la muqueuse où elles sont implantées. Je me souviens pourtant d'avoir eu à traiter, chez une jeune fille de dix-huit ans, une tumeur kystique piriforme, de la grosseur d'une noisette (environ 2 centimètres d'épaisseur) située dans la région vulvaire; cette tumeur, très nettement pédiculée, pendait entre les jambes comme une petite figue dont elle présentait exactement la forme. Un lien de soie fortement serré sur le pédicule, comme sur la queue d'une figue, suffit à provoquer sa chute en quarante-huit heures, sans le moindre accident ou douleur. La tumeur contenait un liquide rougeâtre à demi-coagulé qui ne fut pas analysé.

L'aspect de la tumeur sous-glottique que j'ai décrite, sa disparition spontanée, ne permettent pas de douter de la nature kystique de ce néoplasme.

Sans doute, le diagnostic manque du criterium anatomique, et il est regrettable que le liquide n'ait pas été vu s'écouler de la poche du néoplasme. Cependant, la difficulté de pouvoir constater la largeur du pédicule qui ne paraissait pas assez mince pour être susceptible de se rompre spontanément, l'aspect particulier de la tumeur, d'apparence mollasse et comme gélatineuse, analogue comme consistance aux polypes mous du nez, aux tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, mais en différant tout à fait par la couleur, enfin sa diminution rapide précédant de quelques heures peut-être sa disparition définitive ; d'un autre côté, l'absence de tout symptôme de corps étranger dans la trachée ou les bronches, tels que toux ou dyspnée, dans le cas d'une tumeur solide tombée dans ces profondeurs, l'absence non moins remarquable de toute production anormale rendue par exscréation ou avalée par la malade, semblent des éléments suffisants de diagnostic pour faire admettre la nature kystique du néoplasme observé.

Enfin. le mode de guérison est assez remarquable.

Le caractère inoffensif de la tumeur, l'absence de tout phé-

nomène inquiétant éloignèrent l'idée d'une opération au moins immédiate.

C'est de la quatrième cure thermale (1874) que date le retour permanent de la voix, retour coïncidant avec la disparition de la petite tumeur sous-glottique.

Ce kyste, constaté pour la première fois le 5 juillet 1872 et vu pour la dernière fois le 22 août 1874, avait donc *duré*, sans augmentation de volume et sans autre accident incommode que l'aphonie, *pendant une période d'un peu plus de deux ans.* Son origine, d'ailleurs, remontait évidemment au delà du 5 juillet 1872, d'après le développement qu'il avait déjà à cette époque.

Faut-il attribuer à la cure thermale la disparition spontanée du kyste ?

Il n'est pas douteux que l'action élective sur le larynx de l'eau de Raillère, que les applications topiques intra-laryngiennes, ont pu contribuer à ce résultat. Mais la disparition spontanée de ces sortes de tumeurs n'est pas rare, et elle a pu être indépendante de l'action de l'eau sulfureuse naturelle.

C'est surtout à l'état général, au lymphatisme, à la chloro-anémie, au nervosisme, que se rapportent les bons effets de Cauterets, et, secondairement dans notre cas, aux accidents gutturaux. Sous l'influence des cures thermales, la constitution s'est raffermie, les fonctions nerveuses, digestives et menstruelles se sont régularisées, la fonction nutritive s'est équilibrée, l'état général s'est amélioré.

Quant au pharynx, la suppuration de l'amygdale gauche s'est tarie et l'ensemble des fonctions gutturales a repris les allures de la santé.

Ces ordres de faits sont communs à Cauterets, et je rapprocherai du cas de Mlle X... une observation analogue à la sienne, mais sans production néoplasique. Elle provient de la clientèle du même confrère, M. le docteur Fillon, qui veut bien me la rappeler en ces termes (avril 1881) :

« Permettez-moi, m'écrit-il, de vous parler d'un autre sujet analogue et guère moins intéressant, de Mlle N... Vous vous rappelez, elle était bien aphone, et son aphonie était *survenue plus lentement*, dans le cours d'une affection bronchique mal déterminée et que j'avais cru devoir caractériser : *adénopathie des ganglions bronchiques.* Elle a suivi deux

cures thermales à Cauterets. A partir de l'automne dernier, la voix est revenue, *lentement*, *progressivement* et définitivement. Depuis, la santé générale s'est beaucoup améliorée, et *elle peut tout braver impunément*. Ce qui ne la satisfait guère moins, elle perd de son embonpoint et de son volume. »

Il s'agit ici d'une jeune fille de vingt-un ans, d'un tempérament très fortement strumeux, polysarcique. Chez elle, l'aphonie était liée à une congestion catarrhale chronique de la muquease glottique ; elle n'a pas été intermittente ; elle a cessé avec la cause morbide qui l'avait fait naître et qui l'entretenait.

D[r] GUINIER.

CLINIQUE DU D[r] E.-J. MOURE

De la laryngoscopie.

Je n'ai point l'intention de refaire ici l'historique du laryngoscope, ni de rappeler les instruments variés, mais peu commodes, désignés sous le nom de specula-oris, employés dès l'année 1743 par l'accoucheur français Levret, et après lui, par Bozzini (1804), Cagniard Latour (1825), Babington (1829), Bennati (1832), etc., etc., pour examiner l'arrière-gorge et le larynx. C'était l'enfance de la laryngoscopie qui grandit peu à peu sous la tutelle de Liston (1840), Garcia (1855) et Turck (1867), mais ne prit son véritable essor qu'après les expériences publiques de Czermack à Vienne et à Paris, en 1858.

A cette époque le laryngoscope était ce qu'il est aujourd'hui, composé d'un petit miroir, rond ou carré, monté sur une tige métallique, destiné à être introduit au fond de la gorge pour refléter les parties situées au-dessous, grâce à un faisceau de lumière, naturelle ou artificielle, que projetait l'observateur sur le miroir laryngien.

C'est de l'art lui-même de la laryngoscopie que je désire m'occuper ici.

Je ne parlerai que pour mémoire de la *lumière solaire* (naturelle) employée au début, mais dont les nombreux inconvénients ont fini par la faire complètement délaisser.

La *lumière artificielle*, dont se servent presque exclusivement tous les praticiens, peut s'employer de deux manières que l'on pourrait appeler la *méthode française* et la *méthode allemande* ou *étrangère.*

Cette dernière méthode consiste à projeter un faisceau lumineux sur le miroir laryngien, préalablement introduit dans la gorge du malade, à l'aide d'un réflecteur concave dont le foyer mesure environ 14 cent. Ce miroir réflecteur, adapté soit au-devant des yeux (Czermack), au-devant du nez et de la bouche (Bruns), ou au-devant du front (Fournié, Johnson, etc.), est fixé à la tête de l'opérateur, par une monture de lunette (Semeleder) ou bien par un bandeau frontal (Kramer) ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Morell-Mackensie (1), la méthode qui consiste à regarder par le trou du réflecteur, présente le grand avantage de garantir parfaitement les yeux de l'observateur de l'éclat de la lumière. Néanmoins, ce procédé d'éclairage même modifié par Tobold, qui a fixé le miroir sur une tige horizontale adaptée à une lampe, présente encore de nombreux inconvénients, dont le plus grave est de restreindre tellement le foyer lumineux que le moindre mouvement du malade suffit pour rendre obscure l'image laryngée, limitant ainsi la pratique du laryngoscope à un très petit nombre de praticiens, à cause de l'habitude considérable que doit acquérir l'observateur pour bien éclairer constamment son miroir laryngien. Ce procédé, peut-être excellent dans les mains de quelques spécialistes, ne saurait être universellement employé par les médecins qui ne pratiquent des examens laryngoscopiques qu'à des intervalles de temps souvent assez éloignés les uns des autres. C'est surtout à ces derniers que la méthode française offrira des avantages incontestables.

Elle peut être décrite de la manière suivante : Une lampe munie d'une lentille, placée sur une table assez étroite, pour que le médecin et le malade étant assis vis-à-vis l'un de l'autre, le premier puisse faire l'application du miroir laryngien.

Un écran placé du côté opposé à la lentille, préserve les yeux de l'observateur. Parmi les instruments construits sur ce principe, je citerai les laryngoscopes de Fauvel et de

(1) *Traité du laryngoscope*, traduit par Nicolas Duranty. — Paris, 1867, p. 29.

Krishaber, qui tous deux ont l'avantage d'être légers, portatifs et peuvent s'adapter à toutes les lampes. Ces derniers suffisent largement pour un simple examen de l'organe vocal, et pour l'application des remèdes sur le larynx, mais lorsqu'il s'agit de pratiquer certaines opérations par les voies naturelles, pour l'extraction des tumeurs, par exemple, ou pour faire des démonstrations laryngoscopiques, les instruments précédents deviennent insuffisants, et sont avantageusement remplacés par le laryngoscope de M. Cadier, qui est peut-être un peu trop petit, ou les appareils de Dubosq, Molteni et Bauz, éclairés à la lumière oxhydrique, ou bien encore par l'appareil que j'ai fait construire pour ceux qui ne peuvent facilement se procurer de l'oxygène et désirent un instrument moins coûteux; puisque mon appareil permet d'employer la lumière d'une lampe ou d'un bec de gaz pour éclairer la cavité buccale et par conséquent le larynx.

Après avoir choisi et disposé un éclairage convenable il s'agira de placer le miroir au fond de la gorge du malade sous une inclinaison telle que les rayons lumineux qui tomberont sur lui soient projetés dans le larynx. L'angle habituel sous lequel il faut placer le miroir est généralement de 45 degrés avec l'horizon, mais il ne saurait y avoir de règle absolue et malheureusement on peut dire que cet angle varie presque avec chaque malade ; la pratique de quelques examens laryngoscopiques sera le meilleur guide pour chaque cas particulier.

Pour faire l'examen de la cavité laryngienne, le sujet à examiner étant assis en face de l'observateur, la tête très légèrement inclinée en arrière, on projètera d'abord un faisceau lumineux au fond de la gorge de ce dernier, en le priant de sortir la langue que l'on tiendra solidement, mais avec douceur, entre le pouce et l'index de la main gauche, le pouce étant placé au-dessus. On aura eu le soin d'envelopper au préalable ces deux doigts avec une étoffe fine, un mouchoir, ou une serviette, pour empêcher la langue de glisser.

Prenant alors un miroir laryngoscopique de la main droite, l'observateur l'introduira au fond de la gorge du patient, après avoir chauffé sa surface réfléchissante, soit au-dessus de la cheminée de la lampe, soit dans de l'eau chaude, afin d'éviter que l'air expiré ne ternisse sa surface. Mais avant d'introduire le miroir, le praticien devra en apprécier la température en le plaçant sur sa joue ou le dos de sa main.

Pour passer facilement le miroir à la partie postérieure de la gorge, tous les praticiens s'accordent à répéter les uns après les autres que l'on devra tenir le manche du miroir comme *une plume à écrire,* la surface réfléchissante dirigée en bas. Cette dernière doit en effet être parallèle à la langue et à la voûte palatine, pour que le miroir occupe le moins de surface possible au moment de son introduction dans la bouche et ne touche que la partie du voile du palais où il doit reposer.

Mais pour arriver à ce but, je ne crois pas que l'on doive tenir le miroïr comme une *plume à écrire*, puisqu'il faut alors se contourner le bras et la main pour arriver à mettre la surface du miroir dans une position convenable. Cette manœuvre classique est même un obstacle pour les débutants en laryngoscopie, qui, trop confiants en ce qu'ils ont lu ou entendu, éprouvent des difficultés considérables pour pratiquer la simple introduction du miroir, surtout lorsqu'ils ont à faire, au début, à des personnes ayant l'ouverture buccale petite, ou à des sujets facilement irritables. Il est bien préférable de tenir le miroir entre le pouce et l'index, dans la position indiquée par la figure ci-jointe (voir *fig. 1*) ; de cette manière,



Fig. 1.

non-seulement on sera presque forcé de tenir la surface réfléchissante du miroir dirigée en bas, mais pour placer ce dernier dans une position convenable au devant de la luette, que l'on repoussera doucement en arrière et en haut, il suffira d'élever légèrement la main, jusqu'au moment où l'on apercevra l'image du larynx dans le miroir.

Une fois le miroir placé, on engagera le malade à prononcer la voyelle *e* sur différents tons, suivant les cas, en se rappelant que plus le son est aigu, plus l'épiglotte a de tendance à se relever et par conséquent à permettre l'inspection de la cavité laryngienne. Je sais bien que bon nombre d'auteurs conseillent de faire prononcer *indistinctement* au malade les voyelles *a*, *o* ou *e*. Mais je dois avouer qu'après de nombreuses expériences faites à ce sujet, j'ai pu me convaincre et démontrer bien souvent que s'il est possible de voir les cordes vocales dans *toute leur longueur* chez *certains sujets*, en leur faisant prononcer les voyelles *a* ou *o*, il en est beaucoup et même la plupart chez lesquels on apercevait à peine la partie postérieure du larynx. Enfin, chez *tous les malades*, au moment de l'émission de la voyelle *e*, l'épiglotte se relevait toujours d'une façon bien plus manifeste que pendant l'émission des voyelles *a* ou *o*, et même bien souvent dans ces derniers cas elle s'abaissait et venait masquer l'infundibulum laryngien.

Lorsque l'on aura aperçu les cordes vocales, on priera le malade de faire une inspiration et d'émettre de nouveau la voyelle *e*; mouvement qui permettra d'apercevoir la portion sous-glottique du larynx, d'apprécier le degré de mobilité des rubans vocaux et l'état des muscles et des articulations laryngiennes.

Avec les malades timides ou facilement irritables, on introduira d'abord le miroir au fond de la gorge sans essayer de voir et en priant simplement ce dernier de respirer. On arrivera ainsi graduellement à acquérir sa confiance et à faire un examen fructueux; mais il ne faudra point compter sur la prétendue anesthésie du bromure de potassium, qu'un petit morceau de glace sucé au moment de l'examen remplacera très avantageusement. Quelquefois, un haut le cœur, une quinte de toux, un accès de rire, permettront à l'observateur d'apercevoir les cordes vocales et de se rendre compte de la présence ou de l'absence de lésions. Enfin il pourra arriver, surtout chez les enfants dont l'épiglotte est généralement pendante, que plusieurs séances de laryngoscopie soient nécessaires avant d'apercevoir l'intérieur du larynx, mais il faudra toujours user de douceur et de modération pour ne pas effrayer ou décourager les patients soumis à l'examen.

Je ne ferai que signaler les divers instruments inventés par Voltilini, Fournié, Bruns, Mackensie, etc., etc., pour relever l'épiglotte, car tous ceux qui les ont essayés savent qu'au lieu de faciliter l'examen, ils contribuent plutôt à le rendre impossible à cause de l'irritation qu'ils déterminent au niveau de l'arrière-gorge.

Enfin je rappellerai en quelques mots la formation de l'image laryngée, que bon nombre de praticiens considèrent à tort comme une *image renversée*. En effet, le miroir étant placé au-dessus et en arrière du larynx, les rayons lumineux émanant du larynx se dirigent en haut et en arrière et l'on voit la corde vocale droite du sujet sur la gauche du miroir, et la corde gauche du côté droit, de même que la main droite de l'un est vis-à-vis la main gauche de l'autre : par le seul fait que le sujet et l'observateur se regardent en face.

Le miroir faisant avec l'horizon un angle d'environ 45 degrés, l'image se trouve relevée, et il se produit une inversion dans le diamètre antéro-postérieur qui a souvent fait croire que l'image était renversée; car la commissure antérieure des cordes vocales, qui est en réalité la plus rapprochée de l'observateur, apparaît en haut du miroir et semble plus éloignée que la commissure postérieure (région aryténoïdienne) qui est en réalité située plus loin de l'observateur. Au lieu d'avoir une direction antéro-postérieure, les cordes vocales semblent être placées obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, mais l'épiglotte apparaît toujours sur un plan supérieur à celui des replis ary-épiglottiques et à celui des aryténoïdes, comme elle l'est réellement.

Avant de terminer ces quelques considérations, je crois qu'il ne sera pas inutile de décrire l'aspect sur lequel se présentent dans le miroir les parties qui composent un larynx normal : l'*épiglotte*, dont la forme peut varier beaucoup d'une personne à l'autre, est d'un rose terne sur sa face linguale, franchement jaune citron au niveau de son bord libre, et d'un rose assez vif dans sa portion laryngée surtout au niveau du coussinet adipeux.

Les replis ary-épiglottiques qui limitent l'ouverture du larynx sur les parties latérales, s'étendent obliquement en arrière de l'épiglotte se dirigeant vers les cartilages aryténoïdes. Leur aspect est rosé dans toute leur étendue et au

niveau de leur partie postérieure on aperçoit de chaque côté deux petites saillies arrondies et symétriquement placées, d'un aspect un peu plus pâle que les replis précédents, ce sont lcs cartilages de Wrisberg.

Les aryténoïdes et la muqueuse inter-aryténoïdienne sont un peu plus tintées que la précédente; au sommet des aryténoïdes se trouvent deux petites saillies d'un rose jaunâtre, plus ou moins apparentes suivant les sujets, qui sont les cartilages corniculés de Santorini.

Les bandes ventriculaires, quelquefois improprement appelées cordes vocales supérieures, situées en dedans et un peu au-dessous des replis ary-épiglottiques, se dirigent obliquement dans le sens antéro-postérieur allant de l'épiglotte aux cartilages aryténoïdes. Elles sont assez épaisses et d'un rose plus foncé.

Les ventricules du larynx apparaissent comme deux lignes noires à la partie interne des bandes ventriculaires au-dessus des rubans vocaux.

Les cordes vocales, se présentent sous l'aspect de deux petites lies, d'un blanc nacré, tout à fait comparables comme aspect à l'émail de belles dents, et allant de l'angle du cartilage thyroïde à la base des aryténoïdes (apophyses vocales). Pendant la phonation, elles viennent se mettre en contact et sont alors parallèles ; tandis que pendant l'inspiration, elles se touchent encore au niveau de leur commissure antérieure mais s'écartent en arrière, circonscrivant ainsi un triangle dont la base se trouve sur la muqueuse inter-aryténoïdienne et le sommet à l'angle rentrant du thyroïde.

Au-dessous des cordes vocales on aperçoit le cartilage cricoïde et les anneaux de la trachée qui se dessinent sous la forme de lignes jaunâtres, séparées par d'autres lignes plus rosées, qui sont les intervalles de la muqueuse trachéale compris entre chaque anneau.

Enfin de chaque côté du larynx et en dehors des replis ary-épiglottiques, l'on aperçoit une fossette (fossette hyoïdienne), assez profonde chez les sujets maigres, où l'on voit quelquefois la grande corne de l'os kyoïde venir faire une saillie considérable, se présentant sous l'aspect d'un tubercule jaunâtre.

Dr E.-J Moure

Otologie

Pathologie et thérapeutique générales de l'oreille.

Diagnostic, par J. BARATOUX. — *Suite* (1)

La fig. 18 représente un speculum fixé entre les arcs fenêtrés. La partie munie d'un tube en caoutchouc et fermée par une lame de verre sur la face, taillée en biseau, peut être adaptée au moyen d'une articulation en bayonnette à un speculum et le transforme ainsi en appareil pneumatique.

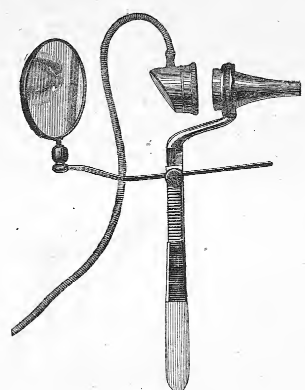


Fig. 18.
Pince porte-speculum de Miot à laquelle est adapté un speculum pneumatique.

Otoscope de Blake. — Cet appareil se compose d'un speculum de Politzer, sur le bord externe duquel est soudé

(1) Voir le numéro du 1er mai.

une pièce à articulation mobile portant une tige terminée par une glace.

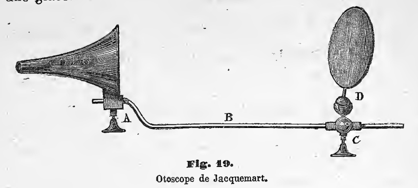


Fig. 19.
Otoscope de Jacquemart.

M. Jacquemart a fait construire un otoscope composé d'un speculum plein de Troeltsch, auquel est soudée une partie A destinée à laisser pénétrer une tige coudée B, qui supporte à son autre extrémité un miroir concave monté sur une genouillère. Des vis placées en A et en C maintiennent, serrées à la tige, le speculum A et le miroir D (fig. 19).

Nous préférons de beaucoup l'otoscope de M. Miot, avec la modification que nous avons fait subir au speculum, attendu que ces instruments destinés surtout aux pansements et aux opérations, doivent avoir pour qualité principale de laisser le plus de champ possible dans l'intérieur du

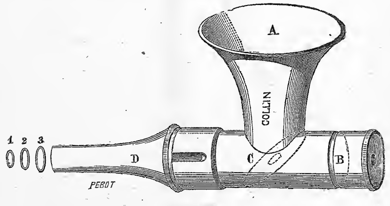


Fig. 20.
Otoscope de Brunton.

conduit, de manière à y manœuvrer facilement; or, il est incontestable qu'un speculum bivalve remplit mieux ces conditions qu'un speculum plein.

Il se compose d'un tube cylindrique de 0,07 à 0,08 cent. de long dans lequel est fixé vers son milieu un miroir plan incliné à 45° et percé d'un trou central. A l'une des extrémités, on fait entrer à frottement un speculum de Toynbee, disposé *ad hoc*. A l'autre extrémité est adapté un petit tube de 0,20 cent. de long ; il est muni d'un oculaire et d'une lentille convergente à long foyer. Vis-à-vis du miroir plan, le tube est percé d'une large ouverture à laquelle est fixé un entonnoir très évasé ayant environ 0,06 cent. de diamètre à sa partie libre. Cet entonnoir est destiné à concentrer les rayons lumineux qui vont se réfléchir sur le miroir plan. Cet instrument, qui est en argent, donne un bel éclairage, mais il a le tort de ne pas permettre l'introduction des instruments dans l'oreille.

M. Collin l'a modifié comme on peut le voir dans la figure, en pratiquant une ouverture sur le côté du tube près du speculum, mais malgré cela, il est extrêmement difficile de manœuvrer les instruments dans un tel appareil; aussi, si nous voulons faire quelque pansement ou quelque opération, donnerons-nous la préférence à l'otoscope de Miot, mais si nous voulons voir le tympan en détail, il sera avantageux de se servir de cet instrument. M. Ladreit de La Charrière l'emploie habituellement.

Examen du malade. — Introduction des speculums.

Nous décrivons ici l'examen du malade fait avec le speculum et le miroir de Troeltsch :

Le malade est placé près d'une fenêtre bien éclairée, debout ou assis et tourné de telle façon que l'oreille à explorer soit dirigée du côté opposé à la fenêtre, la tête légèrement inclinée.

Le médecin se place en face de l'oreille malade, tenant d'une main le speculum et de l'autre le miroir reflecteur.

Il jette un coup d'œil rapide sur la disposition du méat, et écartant avec un doigt le tragus, il s'assure de la direction du conduit, du plus ou moins d'incurvation de sa portion fibro-cartilagineuse, puis il introduit le speculum plein de la manière suivante :

Le pavillon est saisi d'une main et tiré légèrement en haut, en arrière et en dehors. Le speculum préalablement chauffé

est tenu entre le pouce, l'index et le médius de l'autre main, puis on l'engage dans le méat auditif en lui imprimant un mouvement de vrille et en suivant la direction présumée du conduit. On l'introduit aussi avant que possible, en évitant toutefois de faire souffrir le malade ; pour cela, il faut l'appliquer le plus possible contre la paroi supérieure.

Une fois en place le speculum tient seul le plus souvent. Cependant, il est bon de le soutenir avec la pulpe du pouce de la main gauche, le pavillon étant tiré en haut à l'aide de l'index et du médius. On peut aussi imprimer au speculum divers mouvements et explorer une plus grande étendue de la membrane du tympan.

Il faut être prévenu que l'introduction de cet instrument dans l'oreille donne parfois aux malades des quintes de toux. On attribue ce phénomène à la compression produite sur quelques rameaux du nerf vague qui viennent se distribuer aux téguments du conduit.

Le speculum bivalve à courte branche s'introduit comme le speculum plein, en ayant soin que chaque valve corresponde aux parois antérieure et postérieure du conduit.

Pour introduire le speculum bivalve à longues branches, il faut saisir le pavillon de la main restée libre, exercer une traction sur le pavillon, en dehors, en haut et en arrière. Quand les speculums bivalves ont pénétré assez profondément, il faut écarter leurs valves.

Si l'instrument est bien placé, il faut laisser le pavillon revenir sur lui-même.

Pour ne pas blesser le malade, il ne faut pas que l'extrémité auriculaire du spéculum vienne jusqu'à la paroi osseuse, comme l'a conseillé Menière.

Le speculum étant en place, il faut incliner un peu la tête du malade et la tourner légèrement pour qu'elle projette le moins d'ombre possible.

Le miroir est approché de l'œil de l'explorateur, de telle façon que la lumière du jour ou la lumière artificielle réfléchie à sa surface, aille se concentrer et faire foyer dans le fond du conduit sur la membrane du tympan ; l'œil du médecin placé derrière le trou pupillaire de l'instrument saisit facilement tous les détails que présente le tympan.

Le bord supérieur du miroir doit reposer sur l'arcade sourcilière et le plan de l'instrument doit être tourné un peu en

haut pour pouvoir recueillir la lumière au-dessus de la tête du malade, qnand on se sert de la lumière solaire et un peu de côté si l'on emploie la lumière artificielle.

Si l'on emploie un otoscope, l'otoscope de Miot, par exemple, il faudra introduire d'abord le speculum dans l'oreille du patient comme précédemment, puis diriger la glace du côté des rayons lumineux.

Quand on se sert de la pince à miroir, on introduit un speculum plein dans le conduit, comme il a été dit plus haut; puis l'on prend les branches de la pince à pleines mains, on les presse de façon à ouvrir largement l'anneau qu'on approche des bords du pavillon du speculum jusqu'à ce que ceux-ci soient situés au niveau des fenêtres. A ce moment, on diminue peu à peu la pression exercée sur les branches, et les parties du pavillon correspondant à l'anneau pénètrent dans les fenêtres et y restent solidement fixées. Il n'y a plus alors qu'à faire mouvoir convenablement le miroir réflecteur pour éclairer les parties soumises à l'examen. On peut aussi fixer le speculum dans l'anneau avant de l'introduire dans le méat auditif externe.

L'otoscope de Brunton s'introduira comme le speculum plein ; cela fait, on amènera la lampe devant l'ouverture de l'appareil, de manière que les rayons incidents viennent frapper la glace du tube de façon qu'ils soient réfléchis sur le tympan.

Au moment de l'introduction du speculum, l'épiderme peut se décoller, se détacher par plaques, tantôt roulées en forme de cornets, tantôt placées de champ dans le conduit sous forme d'une cloison blanchâtre qu'un examen superficiel a fait confondre avec le tympan.

Dans ce cas, il faudra les enlever avec une pince coudée ou avec une curette destinée à cet effet.

Dans l'examen du conduit auditif des jeunes enfants, il est nécessaire d'apporter la plus grande attention, à cause de la direction du tympan qui, à ce moment, fait presque suite à la paroi inférieure du conduit auditif externe.

Il faudra encore se souvenir que chez un certain nombre de patients, la portion osseuse peut ou faire défaut ou être très peu développée, de sorte que si l'explorateur introduisait le speculum sans ménagement il pourrait blesser le tympan.

Enfin, signalons que dans un grand nombre de cas, il suffit d'entr'ouvrir l'orifice du conduit auditif pour apercevoir la membrane du tympan. C'est ce qui arrive fréquemment chez les individus atteints d'otite moyenne sclérémateuse.

(*A suivre*) J. Baratoux.

Revue Bibliographique.

De la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs ou dilatateurs de la glotte,

Par le docteur Schiffers, assistant à l'Université de Liége (1).

Le nombre des cas de paralysie laryngienne de cette nature s'élève actuellement à 45, y compris quelques-uns de ceux où l'histoire des symptômes permet d'émettre des doutes sur l'exactitude du diagnostic.

En consultant les diverses publications faites jusqu'aujourd'hui (février 1880), depuis la première observation qui appartient à Gerhardt (1863), nous constatons qu'elles datent surtout de ces quatre dernières années (31 sur 45). L'auteur en signale lui-même un nouvel exemple chez la nommée Th. El..., âgée de trente-deux ans, gouvernante, célibataire, qui fut observée à la policlinique du professeur Masius.

Cette malade était gênée pour respirer depuis le mois de décembre 1878 et vint seulement en mars 1879 demander une consultation. A ce moment, la dyspnée était continuelle, plus marquée au moment des efforts et des émotions, accompagnée d'un bruit intense entendu à distance. Cette affection aurait été la suite d'un refroidissement.

Au début, la malade s'était plainte de raucité et de toux avec une légère expectoration muqueuse ; un mois après, elle aurait éprouvé de la dyspnée qui ne tarda pas à s'accompagner de cornage.

Pas d'antécédents à noter, pas de couches ni de fausses couches, menstrues régulières. La malade est d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux très prononcé.

A l'examen laryngoscopique, on constate que l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et l'entrée

(1) Manceaux, libraire-éditeur. Bruxelles, 1880.

des sinus de Morgagni, pas plus que la région aryténoïdienne, ne présentent rien d'anormal. Sur la face supérieure des cordes, qui sont légèrement grisâtres, apparaissent quelques stries. Absence d'hypersécrétion et de mucosités.

Pendant l'émission de la voyelle *é*, les cordes se rapprochent; mais, en faisant exécuter à la malade une inspiration ordinaire, elles ne s'écartent pas, et pendant une inspiration forcée, la glotte se rétrécit et est réduite d'une fente d'environ une ligne.

Rien à l'arrière-gorge, rien dans la cavité buccale. L'examen du cou et de la poitrine, celui des organes génitaux ne laissent découvrir rien de particulier.

Tous ces symptômes se rapportaient évidemment à une affection du larynx, comme le diagnostic rationnel l'avait fait présumer.

Or, le signe principal étant l'absence de dilatation de la glotte durant l'inspiration, surtout l'inspiration forcée, et son apparition lors de l'expiration (?), les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, seuls dilatateurs, étaient évidemment ici sans action, tandis que leurs antagonistes resserraient la glotte pendant l'inspiration profonde : ce que le docteur Schiffers désigne, avec les auteurs, sous le nom de contracture paralytique de la corde vocale, par analogie avec les contractures secondaires constatées dans les paralysies des muscles des extrémités. D'ailleurs, le laryngoscope permettant d'écarter toute idée d'obstacle siégeant à l'entrée de la trachée, la présence d'un polype à la face inférieure des cordes, auquel cas la dyspnée n'eût pas été continuelle comme cela se passe dans le spasme de la glotte qu'il faut rejeter pour la même raison, on était en droit de diagnostiquer une paralysie des dilatateurs.

L'auteur, ne croyant pas à la nature inflammatoire ou rhumatismale de l'affection, pense qu'il faut s'arrêter à l'idée de paralysie hystérique, vu le tempérament nerveux, l'impressionnabilité excessive du sujet, et la terminaison favorable de la maladie influencée avantageusement par l'électricité. On ne saurait songer davantage à la simulation, car il est impossible en ce cas, pense l'auteur, de simuler les signes fournis par le laryngoscope, comme il peut arriver pour la paralysie de nature phonique.

Le diagnostic étant posé, le traitement se trouvait naturellement indiqué : il consista dans l'application répétée, sur les côtés du larynx, de tampons d'un appareil à courants induits avec de courtes interruptions; chaque fois, il en résulta une amélioration sensible. La malade, perdue de vue quelque temps et retrouvée plus tard, apprend qu'insensiblement la respiration était redevenue normale, ce qu'expliquait bien l'état actuel des cordes vocales inférieures. Elle était guérie.

D'une manière générale, ainsi qu'il ressort du fait précédent et de quelques autres publiés par le docteur Burow, l'auteur ne pense pas que l'on doive porter un pronostic grave. Ce dernier varie avec la nature de la paralysie, avec ses degrés et ses complications. Il est admis par tous les pathologistes qu'il existe des paralysies de nature hystérique qui peuvent persister assez longtemps et disparaître sans laisser de trace. Il peut en être de même pour la paralysie des dilatateurs.

Aussi étranges que puissent paraître ces paralysies isolées, à cause de l'innervation spéciale du larynx, elles n'en existent pas moins ; l'observation le prouve (1). C'est l'opinion du docteur Gerhardt qui a été combattue par Navratil.

Chaque jour enfin la clinique démontre, et l'auteur adopte encore ici l'opinion de Gerhardt, que quelques fibres nerveuses peuvent être lésées indépendamment des autres. Du reste, il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ont perdu le sens de l'olfaction pour certaines odeurs et l'ont conservé pour d'autres. Ainsi des autres sens. Cependant ces sortes de paralysies doivent être considérées comme peu communes.

L'auteur pense, peut-être à tort, qu'il est difficile, même avec le secours du laryngoscope, de toujours isoler les paralysies des différents muscles du larynx, précisément à cause de la disposition anatomique de ses nerfs. Toutefois, il croit que dans le cas présent, il ne saurait y avoir de doute.

Si ces paralysies sont rares, c'est peut-être par suite du manque d'observation suffisante ou parce qu'on n'a pas relaté tous les faits constatés. Une des principales raisons de cette rareté, est le siège même des crico-aryténoïdiens postérieurs.

L'auteur analyse ensuite la première observation de cette maladie, publiée par Gerhardt où il s'agissait d'un médecin gêné pour respirer, chez lequel le laryngoscope révéla une paralysie des dilatateurs à laquelle Gerhardt, était loin de s'attendre. Sous l'influence des caustiques, le mal n'avait fait qu'empirer; l'électricité, sous forme de courants induits, donna un peu d'amélioration qui ne se maintint pas.

On a vu, ajoute-t-il, que les antagonistes entrant en action, produisaient un rétrécissement de la glotte, surtout prononcé pendant une inspiration profonde.

Dans le cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, les muscles qui rétrécissent la glotte, prennent insensiblement le dessus; il en résulte, après un certain temps, une position des

(1). Aux faits de paralysies laryngiennes isolées déjà connus, nous avons ajouté un cas de paralysie limitée au muscle ary-arytenoïdien. (Voir Revue mens. de laryng. et d'otol. Avril 1881. — A. Ducau).

cordes qui se rapproche davantage de celle de la phonation que de la respiration, comme le démontrent encore les expériences de Schech sur les animaux auxquels il avait sectionné les dilatateurs de la glotte, et chez lesquels la dyspnée très intense, qui devait être rapportée à la contracture des antagonistes, ne se développait que lentement.

Lorsque tous les muscles laryngiens sont paralysés, les cordes prennent la position cadavérique.

La paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, que l'auteur appelle avec Riegel paralysie respiratoire, par opposition à la paralysie phonique, a donc des caractères bien tranchés que le laryngoscope nous fait connaître.

Il cite un deuxième cas, publié par Türck, de nature diphthéritique, un de Biermer, un autre de Riegel, qui a pu suivre le malade pendant tout le cours de l'affection qui s'est terminée par la mort, après trachéotomie.

L'autopsie révéla l'atrophie des dilatateurs et la dégénérescence des fibres des nerfs récurrents.

Le professeur Burow a fait un tableau résumé *(Berliner Klinische, Wochenschrift*, 1879, n° 34,) reproduit par M. Schiffers, des observations publiées dans ces dernières années, et qui s'élèvent à 34. Si l'on ajoute onze cas publiés plus tard, parmi lesquels on compte plusieurs guérisons, on arrive ainsi au chiffre donné au début de cet ouvrage. Sur ces onze derniers cas, la trachéotomie a été pratiquée cinq fois.

Enfin dans une observation publiée récemment, la maladie avait suivi une marche aiguë. C'était chez une jeune fille de dix-huit ans, qui toussait depuis quelques années; s'étant refroidie dans la nuit du 16 au 17 février 1879, elle fut prise d'une dyspnée continuellement croissante, puis d'aphonie, avec inspiration bruyante, expiration libre, brève, et bientôt cyanose. A neuf heures, la trachéotomie paraissait nécessaire; une injection de morphine produisit un peu de calme. On eut recours aux courants induits les 17, 18, 19, et le 27 février la guérison était complète. On avait cru d'abord à un œdème aigu de la glotte; mais le laryngoscope eut bientôt levé tous les doutes.

En résumé, l'unique intention de l'auteur qui a rapporté ces quelques faits, a surtout été de donner une idée de la symptomatologie d'une affection qui est en somme peu connue et dont on n'a pas encore fait une description classique dans les traités de pathologie.

A. Ducau.

Revue de la Presse

Les dérangements de la progression, de la station et de l'équilibration, survenant dans les expériences sur les canaux semi-circulaires ou dans les maladies de ces canaux, n'en sont pas les effets, mais ceux de l'influence qu'elles exercent sur le cervelet. Note de M. Bouillaud. — Ce n'est pas, dit le savant professeur, par une influence *directe* sur les membres inférieurs et autres agents auxiliaires de la marche, de la station et de l'équilibration, que les maladies ou altérations des canaux semi-circulaires produisent dans celles-ci des désordres ou dérangements plus ou moins graves, mais bien par une influence exercée sur le cervelet lui-même, avec lequel, comme une certaine portion du cerveau, les canaux semi-circulaires et l'oreille interne tout entière entretiennent des liens très étroits de voisinage ou de proximité. Si cette influence est bien réelle, comme elle l'est en effet, on ne sera pas étonné que les maladies de cette oreille interne se communiquent, se propagent de proche en proche aux parties du cervelet les plus voisines. Or, puisque cette propagation s'établit ainsi, on ne sera pas étonné non plus qu'elle soit accompagnée de désordres dans la progression, la station, l'équilibration, puisqu'elle a précisément son siège dans le véritable organe ou centre nerveux, sans le concours duquel ces actions mécaniques ne sauraient s'exécuter.

Ainsi, en définitive, qu'il s'agisse des expériences de Flourens sur les canaux semi-circulaires ou des maladies du cervelet, c'est toujours dans les lésions de celui-ci que gît la cause des désordres de la progression, de la station et de l'équilibration, avec cette différence que, dans le premier cas, les lésions du cervelet sont *primitives* et comme *d'emblée*, tandis que, dans le second, elles sont *consécutives* aux lésions de l'oreille interne.

Les vivisections pratiquées sur le *cervelet* et les affections morbides de ce centre nerveux *causent* constamment des lésions plus ou moins graves de la progression, de la station et de l'équilibration, considérées sous toutes leurs formes, tandis que ces mêmes vivisections et ces mêmes affections morbides n'ont pas pour *effets* ces dernières lésions fonctionnelles, lorsqu'elles portent sur les autres centres *nerveux encéphaliques*.

Donc, d'une part, il y a un rapport de *causalité*, une *loi de cause à effet*, entre les affections du cervelet et les désordres de la progression qui les accompagnent ou coïncident avec elles ; donc aussi, d'autre part, les actes de mécanique animale connus

sous les noms indiqués plus haut, à leur état normal, reconnaissent le cervelet pour celui des centres nerveux encéphaliques, sans le concours duquel ces actes ne pourraient s'exécuter quel que soit d'ailleurs, en lui-même, le mécanisme de ce concours. *(Académie des Sciences* — Séance du 2 mai 1881, *et Gaz. méd. de Paris*, 14 mai 1881).

Dégénération calcaire de l'anneau tympanique. — Le Dr Ciniselli, assistant à la chaire de physiologie de l'Université de Pavie, est l'auteur d'un article qui a paru au mois de mars dernier dans le journal *Il Morgagni*. Ses recherches l'ont conduit à considérer la dégénération calcaire de l'anneau tympanique comme la cause déterminante de l'obtusion de l'ouïe chez les vieillards. En examinant au microscope l'anneau tympanique d'un jeune homme de 23 ans, et le comparant à celui d'un homme de 65 ans, il remarqua que le second était comme saupoudré, principalement au centre, d'une matière brune finement granulée, dont le premier ne présentait pas la moindre trace. La solubilité et l'effervescence de cette matière dans les acides lui démontrèrent qu'elle était de nature calcaire, et en répétant ses observations sur 35 individus, il arriva aux résultats suivants : La dégénération calcaire de l'anneau tympanique commence entre la 30e et la 35e année. Ce dépôt, tant intra-cellulaire qu'extra-cellulaire, va en progressant avec les années, et vers l'âge de 65 à 70 ans, toute la surface de la section se trouve incrustée. Parfois le dépôt de granules calcaires s'étend à la couche des fibres radiées, et il peut même se faire qu'il s'étende au tissu cartilagineux que Gruber dit exister en correspondance avec le manche du marteau, et auquel aboutissent les extrémités centrales des fibres radiées de la membrane du tympan.

La question est maintenant de savoir si cette dégénération, qui est un fait constant, peut produire une variation dans l'ampleur et la vitesse des vibrations de la membrane du tympan, et si, par conséquent, il y a connexion entre ce fait et la dureté d'ouïe sénile. Le Dr Ciniselli n'hésite pas à résoudre la question affirmativement, et nous pensons que son opinion sera partagée par quiconque a une idée juste des conditions de l'élasticité et de la vibratilité et de la nature des substances calcaires.

Nous devons l'avis de l'illustre otologiste de Paris, M. le Dr Miot. *(Réveil méd.* 14 mai 1881).

Contribution à l'étude des maladies du larynx. Syphilis laryngée compliquée de paralysie respiratoire aiguë, par M. le docteur Schiffers, assistant à l'Université de Liège. — L'auteur désire attirer l'attention du médecin et du physiologiste sur la paralysie respiratoire aiguë du larynx, dont la marche est

si rapide et la terminaison inévitablement mortelle, si l'art n'intervient pas. Aussi, importe-til de savoir en détailler nettement le tableau symptômatologique.

Le terme *aiguë* qu'il applique à ce genre de paralysie, encore peu connue, a bien sa raison d'être, puisque chez la malade dont il va relater l'histoire, elle avait débuté brusquement pour atteindre bientôt son maximum d'intensité.

La dyspnée si intense et le cornage si marqué qui rendaient imminente la trachéotomie, survenus avec tant de promptitude chez la malade, s'expliquent facilement par l'infiltration des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs consécutivement à celle de la muqueuse, lésion qui les mettait hors d'état de se contracter ; fait que l'on observe du côté des intercostaux dans le cas de pleurésie.

Ces signes pourraient faire croire à un œdème suraigu des replis ary-épiglottiques, ce dont on pouvait s'assurer par l'exploration digitale, qui est un mauvais procédé.

L'auteur s'élève contre le mot *œdème de la glotte* qu'on emploie, dit-il, à tort et à travers et qui n'a pas le sens qu'on lui attribue en général ; il établit que l'on devrait rationnellement réserver cette expression à l'infiltration des dilatateurs plus exacte dans ce cas au point de vue clinique et anatomique.

M. Schiffers expose ensuite dans tous ses détails l'observation qui fait l'objet de cette étude et que nous ne pouvons reproduire : il s'agit d'une syphilis laryngée avec absence de lésions du côté du pharynx et de l'isthme du gosier. De l'examen des symptômes, il résulte que le fait saillant était l'insuffisance respiratoire due au défaut d'action des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs atteints d'œdème collatéral (Wirchow).

La médication jugée la plus rationnelle, chez cette femme à la fois scrofuleuse et syphilitique, fut l'emploi de l'électricité, sous forme de courants induits, concurremment avec des injections de morphine ; en faisant contracter les muscles, elle pouvait, au moins pour le moment, parer aux accidents asphyxiques.

Comme traitement général, des frictions mercurielles avec l'iodure de potassium à l'intérieur et un régime tonique.

Le douzième jour, on pouvait considérer la malade comme hors de danger, grâce à ce traitement qui, fidèlement continué, la conduisit chaque jour de plus en plus vers la guérison.

La marche de la maladie, le résultat surprenant de la médication, venaient donc confirmer l'exactitude du diagnostic.

L'auteur fait alors ressortir les grands avantages du traitement syphilitique par les frictions mercurielles exercées sur les membres qui, d'après Sigmund, de Vienne, possèdent l'action la plus prompte et la plus certaine contre la diathèse elle-même,

Bœrensprung, instigateur de cette méthode, nous l'avait appris déjà depuis longtemps.

L'électrothérapie, par les bons résultats qu'elle produit en ce cas, parut suffisante à M. Schiffers, qui ne crut pas, peut-être à tort, avoir à s'occuper spécialement des ulcérations laryngées que présentait sa malade, parce qu'elles ne devaient pas, surtout à cause de leur siège (épiglotte et partie postéro-supérieure du cartilage aryténoïde gauche), faire redouter une cicatrisation vicieuse.

L'auteur enfin saisit l'occasion pour établir que la division des paralysies laryngiennes en respiratoires et phoniques est justifiée; et si, dans le cas présent, il propose le nom d'œdème de la glotte, c'est que ce terme exprime bien l'idée de la lésion, de son siège et des symptômes observés.

Cette distinction fait ressortir avec plus de précision l'indication thérapeutique et la rend ainsi plus efficace.

Il trouve, pour sa part, qu'on se contente trop vite du diagnostic œdème de la glotte et rien ne nous dit que dans plusieurs cas de croup relatés par les auteurs, il ne s'est pas agi d'une paralysie de nature inflammatoire.

Aussi convient-il d'attirer l'attention du public médical sur ce point de pathologie, en raison de la fréquence des affections à symptômes dyspnéiques ayant leur siège dans les voies respiratoires supérieures. *(Journ. de méd. de Bruxelles,* janvier et février 1881).

Trompe d'Eustache dans l'otorrhée. — M. Gellé présente des coupes histologiques de la muqueuse de la trompe, prises chez des individus atteints d'otorrhée; les cellules à cils vibratiles ont disparu et sont remplacées par un revêtement pavimenteux qui repose sur un tissu dont la texture se rapproche du tissu dermo-papillaire.

M. Duval trouve ce fait important au point de vue de l'anatomie générale; il permet de voir réalisée par la pathologie la transformation progressive d'un épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux et d'une muqueuse en tissu dermo-papillaire.

M. Malassez pense qu'il ne s'agit pas là d'un changement complet de tissu, mais simplement d'une transformation de l'épithélium. *(Société de biologie.* — Séance du 14 mai 1881).

Efficacité de l'eucalyptus contre le coryza. — Le docteur Rudolpho-Rudolphi recommande dans le cas de coryza aigu de mâcher quelques feuilles sèches d'eucalyptus en ayant le soin d'avaler la salive. Par ce procédé, on pourrait arrêter en moins d'une heure le coryza le mieux établi; mais ce moyen n'a d'effi-

cacité que lorsque l'affection est aiguë. *(Revista de med.* 5 mars 1881).

Menstruation supplémentaire par une tumeur sébacée du conduit auditif. — Le Dr Orne Green (de Boston), fut consulté au mois de novembre 1877, par une demoiselle âgée de 19 ans, très bien portante, pour un écoulement de sang par l'oreille droite. Six mois auparavant elle avait eu, disait-elle, un abcès dans l'oreille droite, abcès qui se renouvela trois mois après et dont elle guérit parfaitement. Quelques semaines avant de venir voir son médecin, elle eut pendant quelque temps, un écoulement de sang par l'oreille droite qui survint encore plusieurs fois. La malade n'éprouvait aucune douleur, aucun bourdonnement; et l'examen permit de constater l'intégrité absolue des deux oreilles; néanmoins sur le bord du méat, du côté droit, existait une petite saillie que l'auteur considéra comme un reliquat pathologique des furoncles qu'avait eu autrefois la malade.

Le conduit contenait du cérumen à demi-liquide qui pouvait faire penser que le prétendu écoulement de sang venait de cette sécrétion rougeâtre, aussi, le praticien se borna-t-il à rassurer la malade.

Au mois de juin 1880, comme l'écoulement de sang avait plutôt augmenté, la jeune fille vint de nouveau consulter son médecin, en lui faisant remarquer que cet écoulement venait aux époques menstruelles, et qu'elle souffrait souvent de maux de tête que le saignement seul pouvait soulager. Elle avait eu autrefois des épistaxis qui avaient cessé depuis qu'étaient apparues les hémorrhagies de l'oreille; ces dernières étaient abondantes et tachaient parfois entièrement un mouchoir. Il n'existait aucun symptôme du côté de l'oreille, pas de douleur, de bourdonnement, ni de surdité.

A l'examen, on ne constatait aucune lésion, mais dans le point du méat où existait la petite saillie dont nous avons déjà parlé, on voyait une véritable tumeur sébacée, ayant le volume d'un haricot; et la malade ajoutait que cette dernière avait surtout augmenté depuis six mois. La peau était amincie et adhérait à sa surface où l'on apercevait de petites taches rouges, sièges de l'hémorrhagie qui s'était faite quelques jours avant.

La tumeur fut enlevée, elle contenait de la matière sébacée et était nourrie par une artère assez volumineuse. Cinq mois plus tard, il n'était survenu aucune hémorrhagie par l'oreille ou le nez, et au moment des périodes menstruelles, les maux de tête redevinrent ce qu'ils étaient autrefois. *(Amér. journ. of Otol.* avril 1881).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

FÉRÉOL. — Hypertrophie des amygdales (*Soc. méd. des hôpit.* 13 mai, et *France méd.*, 17 mai 1881).

LEJARD (interne des hôpitaux). — Considérations sur l'angine pseudo-membraneuse de la fièvre typhoïde (*France méd.*, 17 mai 1881).

SOREL. Fièvre intermittente (cachexie tellurique aiguë), anémie considérable, petéchies, gangrène de l'amygdale droite, hémorrhagie, mort. — Altération du foie et du rein, nécrose de l'os hyoïde (*Soc. anat.*, 15 octobre 1880, et *Progr. méd.*, 23 avril 1881).

STOCKES (de Dublin). — Excision de la langue (*Clinic. soc. of London* et *Brit. med. journ.*, 14 mai 1881).

Larynx et trachée.

ASTIER. — De l'examen de l'œsophage à l'aide du miroir laryngoscopique.

BESCHORNER. — De la toux (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai 1881).

BONNEMAISON. — Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (*Rev. méd. de Toulouse*, avril et mai 1881, nos 4 et 5).

BRAULT (A.) (interne des hôpitaux). — Fièvre typhoïde ataxo-adynamique ; laryngite pseudo-membraneuse, mort (*Progr. méd.*, 7 mai 1881).

GEORGES LEFFERTS. — Sur un cas de paralysie nerveuse des muscles abducteurs de la glotte, survenant dans l'enfance. Trachéotomie, canule à demeure laissée pendant trente-deux ans, par le Dr Horace Green (*Americ. journ. of med. sc.*, avril 1881, p. 446).

GOUGUENHEIM. — De l'œdème de la glotte (*France méd.* 24 mai 1881).
De la laryngite syphilitique secondaire (*Gaz. des Hôpit.* 24 mai 1881).

LENNOX BROWNE. — Syphilis et tuberculose dans le larynx (*Brit. med. journ.*, 30 avril 1881).

PATON (J.-W.). — Un cas de croup traité par le tubage de la trachée par la bouche (*Brit. med. journ.*, 21 mai 1881).

OUDIN (interne des hôpitaux). — Rétrécissement syphilitique de la trachée (*Progr. méd.*, 30 avril 1881).

STACKLER (interne des hôpitaux). — Corps étranger du pharynx, œdème de la glotte, mort subite (*Progr. méd.*, 30 avril 1881).

Oreilles.

BARATOUX. — Contribution à l'étude des altérations de l'oreille dans la surdi-mutité. — L'audiphone de Rhodes (de Chicago) à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, mai 1881).

CHARLES SEDGWICK MINOT.— Quelques recherches histologiques sur la rampe moyenne du limaçon (*Amer. journ. of Otol.*, n° 2, avril 1881).

CHARLES A. TODD. — Bruit désagréable dans l'oreille, dû probablement à un spasme des muscles tenseurs du voile du palais (*Amer. journ. of Otol.*, n° 2, avril 1881).

DENNERT (de Berlin).— De l'analyse de l'ouïe à l'aide des rapports des sons avec cet organe (*Berlin Klin. Wockensch.*, 2 et 9 mai 1881).

DRANSART. — Considération clinique sur les rapports pathologiques entre l'œil et l'oreille (*Bullet. méd. du Nord*, mars 1881).

Foy (H.-D). — Deux cas difficiles de corps étrangers de l'oreille (*Amer. journ. of Otol.*, n° 2 avril 1881).

Loring (E.-G). — Un cas de mort à la suite d'une inflammation pseudo-membraneuse de l'oreille moyenne, compliquée de méningite aiguë de la convexité (*Amer. journ. of Otol*, n° 2, avril 1881).

Lucœ (de Berlin). — Des corps étrangers de l'oreille (*Mediz. zeit.*. 10 févr. 1881, et *Rev. méd.*, 23 avril 1881).

Orne Green (J). — Des foramina des veines émissaires mastoïdiennes. — Herpès zoster. — Tumeur kystique du conduit auditif. — Guérison de l'otorrhée chez les phthisiques (*Amer. journ. of Otol.*, n° 2, avril 1881).

Oren D. Pomeroy. — Sur un cas de myxo-sarcome intra-crânien, ayant détruit tout l'organe de l'ouïe et venant faire saillie vers l'extérieur, sous forme d'une vaste tumeur dépendant de l'oreille (*Amer. journ. of Otol.*, n° 2, avril 1881).

Paquet. — De la myringodectomie (Discussion à la *Soc. de chirurg.*, 20 avril 1881, et *France méd.*, 23 avril 1881).

Samuel Théobald. — Quatre cas d'otomycosis aspergillus, traités avec succès par les insufflations d'oxyde de zinc et d'acide borique (*Amer. journ. of Otol.*, n° 2, avril 1881).

Nez.

Frankel. — Des rapports de l'asthme nerveux et des maladies du nez (*Berlin. Klin. Wockens.*, 18 et 25 avril 1881).

Roe (J.-O). — Sténose nasale, son influence sur l'olfaction, l'audition, la phonation, la respiration et de son traitement (*Med. rec.*, 30 avril et 7 mai 1881).

Terrillon. — De l'ozène vrai et de son traitement (*Bullet. de thérapeut.* 30 avril 1881).

Ouvrages déposés au bureau du journal :

Opération des kystes du cou (*Opération eines cystenkropfes*), par le professeur Dr Voltolini, à Breslau, 1881.

De l'ozène et de ses formes cliniques (*Ozena e sue forme cliniche, con appendice*), par le Dr Vincenzo Gozzolino. — Naples. Presso S. Sommella, libraire-éditeur, 1881 (sera analysé).

De la méthode opératoire du Dr Voltolini à l'aide d'une éponge dans les cas de polypes du larynx (*Die Voltolini'sche Opérationsméthode, von Kehlkopfpolypen, mittelst eines schwammes*), par le Dr Gotthard Beyer, de Breslau. — Druck et Verlag, éditeurs, Vienne 1881 (sera analysé).

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.